

在宅認知症高齢者へのケアマネジメントにおけるアセスメント

細谷たき子, 長谷川美香, 大越扶貴

看護学科 地域看護学講座

Practical Assessment Framework of Home Care Management with Demented Elderly

HOSOYA, Takiko, HASEGAWA, Mika, and OKOSHI, Fuki

*Department of Community Nursing, School of Nursing,
Faculty of Medical Sciences, University of Fukui*

Abstract :

Objectives: The assessment framework of home care management with demented elderly was developed from “Home Care of the Elderly” and Dementia Quality of Life Instrument (DQOL). This study examined whether the assessment framework would be applicable or not in practical home care management.

Methods: The mail survey on the assessment framework of the demented elderly care management was administered to 22 care managers asking if 29 items of information focus for assessment and 47 needs were necessary for consideration in practicing care management on a model case of demented elderly. Then the care managers had discussion on the survey results.

Results: The assessment of “sense of aesthetics” and “life satisfaction,” and need contents of “artistic self expression,” and “preventing of unbalanced nutrition” were controversial. Care managers had prioritized care management needs of family care givers, and the status of self-care of elderly individuals with dementia.

Key Words : demented elderly, home care management, assessment

(Received 22 August, 2005 ; accepted 2 November, 2005)

＜結論＞

介護保険に認定された者のなかで認知低下の症状を持つ者は多く、認知症（痴呆性老人日常生活自立度Ⅱ以上）と判断される者が半数⁽¹⁾、また、在宅の介護保険利用高齢者を対象にした調査では痴呆性老人日常生活自立度による判定で非自立が約 7 割の報告⁽²⁾もある。認知症は「人格の知的面の障害⁽³⁾」であり、知能低下ゆえに生きるよりどころの知的能力や生活史を失い、人間関係も失い、存在不安であることが認知症の問題の本質⁽⁴⁾⁽⁵⁾であるといわれている。藤本⁽⁶⁾は認知症者が環境に対する「適応障害」を起こしている状況であるので、「周囲の環境を彼らに合わせることで再適応に導こうとする支持療法的なアプローチ」が必要であると述べている。

ケアマネジャーが在宅認知症高齢者（以降「認知症高齢者」）を対象としてケアマネジメント実施する際、認知症の特徴を考慮したケアマネジメントが望まれる。しかし、介護保険制度のもとでケアマネジメントを担当するケアマネジャーの職種背景は医療・保健・看護・福祉の多岐に渡り、医療と生活の両面のケアの質が保証されるとは限らない。どの職種背景であっても必要なケアを提供できるように利用しやすいケアマネジメントの枠組みが求められるが、未だ在宅で広い使用に至っているものは見当たらない。

ケアマネジメントとは、要援護者と社会資源を結びつけることによって、要援護者の地域社会での生活を支援していくことであり⁽⁷⁾、ケアマネジメント実施においては、要援護者（以降「利用者」）の立場にたつ方法である⁽⁸⁾。すなわち、介護保険制度におけるケアマネジメントにおいても「その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう⁽⁹⁾」介護保険利用者を支援し、生活の質（QOL）向上を目指すことを目的とされている。

ケアマネジメント過程はアセスメント、計画策定、介入、モニタリング、評価の段階を循環し⁽⁸⁾、要援護者のアセスメントは支援の土台となるものである。そこで在宅における認知症高齢者を対象としたケアマネジメントのアセスメント過程に焦点をあて、実用的な情報収集の視点、およびニーズ項目の明確化を目的として検討した。アセスメントには、要援護者に関する情報収集とニーズ判断が含まれる。現場のケアマネジ

ャーがどのような視点で情報収集し、ニーズを判断するかは、認知症高齢者の生活の質向上に関わる。本研究は介護保険制度におけるケアマネジャーのための実用的なケアマネジメント枠組み作成にむけて、アセスメントに関する基礎的な情報を収集するものである。

＜研究方法＞

アセスメントにおける情報収集の範囲を判断する視点を「アセスメントの視点」とし、ニーズを判断する内容をニーズ項目として、次の手順で研究を進めた。

(1) 文献を参考にし、在宅の認知症高齢者のアセスメントの視点およびニーズ項目を作成した。

(2) 認知症高齢者のアセスメントの視点およびニーズ項目の判断について、モデルケースを用いてケアマネジャーを対象として郵送調査を実施した。また、アセスメント実施の可能性を検討するために判断根拠について情報交換の場を設けた。

1. 情報収集の視点（アセスメントの視点）とニーズ項目の作成

認知症高齢者自身については Maryl Brod らによる The dementia quality of life instrument (DQOL)⁽¹⁰⁾ および Anne Walsh による Caring for the elderly client with Alzheimer's disease and related dementias⁽¹¹⁾ を、家族介護者のアセスメント項目は日本版成人・高齢者用アセスメントとケアプラン（財団方式）⁽¹²⁾を参考にして、アセスメントの視点およびニーズ項目を作成した。

DQOL⁽¹⁰⁾は認知症者の QOL 測定するための尺度で、QOL を構成する概念枠組みが示されている。認知症者の QOL 測定領域は、日常生活の基本的身体機能、日常生活行動（ADL, IADL）、自由な活動、外出、社会的交流、周囲の人々と交流する力量（interaction capacity）、身体的健康感、精神的健康感、感受性（sense of aesthetics）、生活満足度である。感受性とは自然や美を楽しむ鑑賞する、創造的・芸術的な表現や鑑賞、環境を認識・鑑賞することとされている。また生活満足度とは認知症高齢者が感じている自己の健康や生活全般に対する総合的な満足感である。QOL の情報は主観的な本人の認識が主であるため認知症者自身が表現する情報の信頼性について問題となるが、DQOL の開発では MMSE の得点が 13 点以上の中重度認知症を含む対象者間で情報の有用性が検証されているので、身

体的健康感、精神的健康感、感受性、生活満足度などの主観的な情報もアセスメントの視点として含めた。

Anne Walsh は在宅認知症者へのケア計画立案にあたって、本人の身体状況、精神状況、認知レベル、その他医療的情報、身体機能、および家族介護者への配慮が必要であり、ニーズ領域として、安全、行動障害への対応、栄養、日常生活ケア・活動、および残存機能維持など含めている。

アセスメントの視点およびニーズ項目は前記の文献を参考に、4名の研究者および2名のケアマネジメントリーダーとで検討し、29アセスメント項目(表1)と6領域47項目のニーズ項目とした。ニーズは安全(4項目)、行動障害への対応(7項目)、栄養(8項目)、日常生活ケアと活動(7項目)、日常生活行動における本人の残存機能維持(10項目)、家族介護者(11項目)であった。

2. アセスメントの視点およびニーズ項目調査

在宅認知症高齢者のケアマネジメントにおけるアセスメントの視点およびニーズ項目の実用性をみるために、モデルケースを作成しケアマネジャーのアセスメント過程の判断について質問紙調査を実施した。次に、調査結果を統計的に集計した資料に基づいて、質問紙調査に協力したケアマネジャー間でアセスメント過程の判断根拠について検討した。ケアマネジメント実施の際の現状を踏まえての判断を情報交換し、実情に即したアセスメントの視点およびニーズ項目を検討することを目的とした。

調査時期は平成15年2月～3月であった。

(1) モデルケースの作成：介護支援専門員基本テキスト⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾を参考にニーズ項目を反映する認知症高齢者のモデルケースを作成した。ケースの概要は次のようである。

- 1) 属性など：84歳、男性、重度認知症(HDS-Rが10点)、要介護3
- 2) 世帯など：妻と二人暮らし。段差の多い家屋。持ち家。妻は病弱で入退院を繰り返す。長男夫婦・長女が近隣に在住し、交代で介護しているが介護の長期化と本人の介護拒否のために親子関係と兄弟姉妹関係が悪化。また、本人の物忘れがもとで長男・長女が口争いをする。
- 3) 身体状況：寝たきり度A(屋内の移動は自立であ

るが屋外は介助が必要)。パーキンソン様歩行で転倒の危険があり、転倒の既往がある。脱水・脳梗塞再発・前立腺肥大の既往歴。時々頭痛の訴えがある。難聴。白内障のため視力は人の顔がぼんやり見える程度。

- 4) 精神・生活状況など：物忘れ、激しい感情の起伏、徘徊、うつ症状、とられ妄想(財布・預金通帳を捜しみつからないと妻を責める)、金銭への執着、せん妄、過食などがある。日常生活への関心が低下している。ほとんどの時間一人でテレビを見て過ごす。一人ごとを言う。妻・長男・長女に攻撃的。本人が興奮状態のときに長男が父親を車椅子に座らせ、抑制することがある。判断力・見当識低下があり、妻・長男・長女は識別するが、孫、長男の嫁、訪問者は識別しない。便意・尿意はあるがトイレ排泄は間に合わないで、パンツ型オムツ使用。おむつ交換、更衣、水分摂取、入浴などの介助をいやがる。食事は手づかみで摂取し、し尿臭のある部屋に居住。部屋は妻が片付けるまでごみや食物残渣が散乱している。本人夫婦の年金は妻が管理。

(2) 調査対象

調査対象はF県のケアマネジャー22名であった。F県高齢福祉課介護保険担当者にケアマネジメントに関する研修会等でリーダーシップをとって活動しているケアマネジャーの紹介を依頼し、紹介されたケアマネジャーに研究者が直接連絡して調査参加を依頼した。その際、調査を拒否してもケアマネジメント活動および仕事に不利な影響を受けないこと、調査以外の目的でデータを使用しないこと、郵送調査後に調査の統計的結果に基づきアセスメントの判断根拠について検討会を予定していることを伝え、調査協力に同意した22名が調査対象であった。

(3) 郵送方法によるアンケート調査

22名のケアマネジャーに調査票を郵送し、模擬事例にケア開始後6ヶ月間のケアマネジメントをするためのアセスメントの視点とニーズの判断を尋ねた。6ヶ月としたのは、調査時点の介護保険制度においてケアマネジメント再申請までの期間であったためである。

調査内容は、19アセスメントの視点についてアセスメントすべきだと「思う」「思わない」の2段階で尋ね、ニーズについてはニーズだと「思う」「やや思う」「思

わない」の3段階で尋ねた。調査票は無記名で返信用の封筒を同封して返送を依頼した。

(4) ケアマネジャーによる討議

郵送調査の統計的集計結果に基づいて、アセスメントすべきと「思う」の回答が80%未満の項目とニーズだと「思う」が50%未満であった項目に焦点をあて、ケアマネジャーらの判断根拠について討議した。アセスメント内容の実用性を検討するために、賛否の見解が分かれた内容について現場の状況および判断の過程を語ってもらうことを主眼とした。異なる職場、職種背景の異なるケアマネジャーの参加する討議の場を設けることで、アセスメントできる状況を幅広く考えるためであった。

アセスメント討議内容は参加者の許可を得てテープ録音した。討議の司会は研究者が実施した。

録音した討議内容は趣旨を要約し記述した。

<結果>

1. 対象の特性

ケアマネジャー22名の特性は、女性20名(90.9%)、平均年齢44.2歳(±7.3)、ケアマネジャーの平均経験年数3年(±0.8)で、背景資格は医療職では、保健師4名(18.2%)、看護師9名(40.9%)、理学・作業療法士2名(9.1%)、福祉職では介護福祉士4名(18.2%)、ソーシャルワーカー3名(13.6%)であった。

また、討議に参加したケアマネジャーは18名であり、保健師、看護師、介護福祉士、ソーシャルワーカーが各1名欠席であった。ケアマネジャーの特性に関して欠席群と出席群との有意な差は認められなかった。

2. アセスメントの視点

アセスメントすべき項目だと「思う」「思わない」の回答(表1)では、29項目中16項目は、全員がアセスメントすべき項目だと「思う」と回答した。【感受性】、【生活満足度】の項目は、「思わない」という回答が各15名みられた。「視覚」は調査票の不備で回答が得られなかったので非該当とした。

3. ニーズ判断

モデルケースについてのニーズ判断(表2)では、ニーズであると「思う」の回答が50%以上であったのは、47項目中33項目であった。そのうち【本人の心身状況と生活歴を評価した家庭環境】【介護者の認知症

状態への理解】【大声・攻撃的な行動、妄想、幻想、幻覚への対応】【尿失禁、便失禁】【社会資源の利用】の項目は「思う」の回答が100%であった。いっぽうニーズであると「思う」の回答率が低かったのは、【車の運転】0%、【定期的な整容】13.6%、【本人の財産管理などの権利擁護】13.6%などであった。

表1 アセスメントすべきと「思う」割合 (n=22)

アセスメントすべきと思う割合	アセスメントの視点 (29項目)
100%	身体機能、認知の症状、 受療状況、服薬管理、ADL、 身体状況(健康障害)、 主介護者の同別居、 主介護者・キーパーソン有無、 主介護者の負担感、 主介護者の介護知識・技術、 主介護者の介護の受容、 介護の状況、 介護への意向、 介護者の経済的状況、 家族のサービス利用への意向
90%－99%	認知のレベル、 意志の伝達・理解、 FAQ 日常生活機能、 居住環境、 社会的交流、 相互関係構築力、 身体的健康感、 精神的健康感、 社会的サービスに対する好み 主介護者の就労状況、
80%－89%	聴覚、
70%－79%	(0)
60%－69%	感受性、 生活満足度、
非該当	視覚

表2 ニーズの「思う」「やや思う」「思わない」の度数分布 (N=22)

領域	ニーズ項目	思う 人 (%)	やや思う 人 (%)	思わない 人 (%)
安全	本人の心身状況と生活歴を評価した家庭環境	22 (100)	0	0
	迷子対策	9 (40.9)	8 (36.4)	4 (18.2)
	適切な服薬	18 (81.8)	4 (18.2)	0
	車の運転	0	1 (4.5)	21 (95.5)
行動障害 の対応	介護者の痴呆症状への理解	22 (100)	0	0
	虐待予防	20 (90.9)	1 (4.5)	1 (4.5)
	(攻撃行動・落ち着きのなさ等の) 行動障害のきっかけとなる本人の空腹や退屈などの身体的・精神的にニーズを満たす対応	16 (72.7)	5 (22.7)	0
	大声・攻撃的な行動, 妄想, 幻想, 幻覚への対応	22 (100)	0	0
	徘徊行動への対応	17 (77.3)	3 (13.6)	2 (9.1)
	家族・他の介護提供者のコミュニケーション方法の習得	19 (86.4)	2 (9.1)	1 (4.5)
	異常行動に対応しきれない状況への対応	17 (77.3)	5 (22.7)	0
栄養	栄養問題の予後について家族への指導	8 (36.4)	9 (40.9)	3 (13.6)
	脱水予防	21 (95.5)	1 (4.5)	0
	栄養のアンバランス予防	9 (40.9)	6 (27.3)	6 (27.3)
	十分な食事時間と適切な食事の準備	15 (68.2)	5 (22.7)	1 (4.5)
	安全な食品が手元にある	11 (50.0)	7 (31.8)	3 (13.6)
	楽しい食事	7 (31.8)	12 (54.5)	3 (13.6)
	果物などの間食用意	7 (31.8)	8 (36.4)	7 (31.8)
	誤嚥性肺炎の予防	8 (36.4)	6 (27.3)	7 (31.8)
日常生活 ケアと活動	簡単に更衣できる工夫	14 (63.6)	7 (31.8)	1 (4.5)
	浴室での恐怖感緩和	14 (63.6)	8 (36.4)	0
	定期的な整容	3 (13.6)	7 (31.8)	11 (50.0)
	清潔維持	17 (77.3)	4 (18.2)	1 (4.5)
	尿失禁, 便失禁, 排泄の後始末, 尿道感染リスクの対応	22 (100)	0	0
	定期的な歩行, 音楽に合わせた動きなどの運動	10 (45.5)	7 (31.8)	5 (22.7)
	必要に応じて外出ができる	12 (54.5)	6 (27.3)	4 (18.2)
日常生活 行動にお ける残存 機能維持	できる仕事・役割の継続	14 (63.6)	4 (18.2)	4 (18.2)
	日常繰り返される活動の継続	18 (81.8)	2 (9.1)	1 (4.5)
	自尊心を尊重し, 残存する認知機能を刺激する	20 (90.9)	2 (9.1)	0
	早期診断治療	14 (63.6)	8 (36.4)	0
	興味ある活動, 芸術的自己表現の機会	10 (45.5)	10 (45.5)	2 (9.1)
	精神的リハビリテーション	17 (77.3)	5 (22.7)	0
	身体的リハビリテーション	14 (63.6)	5 (22.7)	3 (13.6)
	社会との交流	18 (81.8)	4 (18.2)	0
	本人の財産管理等の権利擁護	3 (13.6)	4 (18.2)	15 (68.2)
	経済的保障	5 (22.7)	4 (18.2)	13 (59.1)
家族介護 者のニーズ	愛する人の人格が失われる悲嘆・うつ	11 (50.0)	8 (36.4)	2 (9.1)
	社会的孤立	15 (68.2)	7 (31.8)	0
	経済的困難	5 (22.7)	5 (22.7)	11 (50.0)
	身体的疲労・健康障害	21 (95.5)	1 (4.5)	0

身体的疲労・健康障害	21 (95.5)	1 (4.5)	0
効果的なコーピング技術の習得	18 (81.8)	3 (13.6)	1 (4.5)
社会資源の利用	22 (100)	0	0
短期・長期介護計画の見通し	20 (90.9)	2 (9.1)	0
遺書・財産擁護・権利擁護の法的手続きへの助言者	3 (13.6)	3 (13.6)	16 (72.7)
緊急時の対応	18 (81.8)	3 (13.6)	1 (4.5)
副介護者を得る援助，ショートステイ，通所・訪問サービス提供者の調整	20 (90.9)	1 (4.5)	0
入院・入所の支援	14 (63.6)	7 (31.8)	0

表3 ニーズ項目の検討内容

ニーズ項目	回答	判断理由
迷子対策	やや思う	・視力低下，身体機能低下，パーキンソン様歩行の情報のみである。外に出てしまう徘徊の情報があれば「思う」と判断。
	思わない	・寝たきり度A，転倒の既往，TVを見て一人で過ごすことが多い等の情報と，外に出る徘徊に関する記述が無いため，自力での外出はないと判断。
車の運転	やや思う、 思わない	・重度の痴呆性高齢者の場合には運転の機会がないため不要
栄養問題について家族への指導	思う	・部屋に食事の食べ残しがある。 ・脱水の既往があるため家族への指導が必要。
	思わない	・家族指導が必要だが，妻が入退院を繰り返し，息子も介護に余裕が無い状況のため今後のニーズと考えた。家族に上手く関わらないと虐待を招く恐れがあると判断。 ・必要とは思いますが，その前に解決すべきことがある。専門病院ならある程度介入が可能だが，在宅では家族には無理と判断。
栄養のアンバランス予防	やや思う	・家族背景を見るとバランスの良い食事を取るのは無理だが，脳梗塞・脱水の既往あるためニーズはある。 ・今すぐ介入すべきとは思わないが，常に栄養バランスケアへの視点を持つ必要があるため。 ・大切だが介入は難しい。栄養のケア視点は必要なため，生活が落ち着いた時に指導する。
	思わない	・優先順位で考えると早急に介入する必要は無い。いずれは介入が必要だと思っている。
楽しい食事	思う	・楽しい時間を過ごすのは精神的な不穏状態の解消の意味合いがある。 ・訪問看護師やヘルパーなどのケアスタッフであれば，仕事として楽しい雰囲気を提供できる。手づかみで食べられるため，心を満たしてあげたい。
	やや思う	・残飯が部屋にある。サービスの利用で清潔にし，楽しさが提供されると良いと判断。 ・介入時期の問題。患者の立場と家族の立場を考慮し「やや思う」と判断。家族の介護問題がある中，楽しさを提供する介入は難しい。 ・しかし，自立している行動は手づかみで食べる行動のみであり，本人にとっての楽しい行動は食事だけではないかと考えると，食事を通して楽しさを提供できる介入ができるのではと思う。

在宅認知症高齢者へのケアマネジメントにおけるアセスメント

果物等間食用 意識嚥性肺炎 予防	思わない 思わない	<ul style="list-style-type: none"> ・現在の状況では優先順位が低いと判断。 ・現在の状況では優先順位が低いと判断。
定期的な整容	思う	<ul style="list-style-type: none"> ・髭剃り等の整容で患者が気持ちよさを感じるのであれば整容は必要。また、患者の見た目がきれいになれば、家族の本人への印象が変わり介護につながるのでは。
	思わない	<ul style="list-style-type: none"> ・美容院と書いてあったため男性には不要と判断。
定期的な歩 行、音楽に合 わせた動きな どの運動 興味ある活動	やや思う	<ul style="list-style-type: none"> ・生活が落ち着いてからでよいと判断し、優先順位を下げた。 ・定期的な運動がリビリを兼ねたものかという点が気になった。生活歴がわかれば好きな音楽や運動など引き出せるかもしれないので、その時点の対応でよい。 ・感受性へのケアを必要であるとは思いますが、目も耳も悪いし、今の家庭環境で誰がケアできるのか。今の段階でケアマネジメントできる自信がない。
本人の財産管 理などの権利 擁護 経済的保障 経済的困難	思う	<ul style="list-style-type: none"> ・お金に執着している。家族騒動を予防する意味もこめ、今のうちに介入が必要。 ・確認の意味をこめて必要と判断。 ・本人の要介護度が3であること、予後に対する不安があること、妻が管理していること、兄弟関係が悪化していることを考えると、介護にお金が必要な状況であっても妻はお金を管理する力が低下し、子どもたちは経済的な支援をしない可能性も出てくる。経済的保証が無いと介護面での経済状況に不安があるため必要と判断。
遺書、財産擁 護、権利擁護 の法的手続き についての助 言者	思わない	<ul style="list-style-type: none"> ・妻の代わりに子どもが年金を管理できるのではと考え、まだ介入しなくて良いと判断。 ・家族や家族外の人から高額な物を購入させられる恐れは無いと判断。 ・世帯の経済状況を考えると、年金・持ち家・借金なしという状況から現在は経済的に支障無いと判断。 ・経済的保障とはどういう意味かわからず判断できなかった。

4. 討議内容

(1) アセスメントの視点の検討 (表3)

アセスメントの必要があると「思う」が80%未満の【感受性】【生活満足度】について、「思う」の判断根拠は、「楽しい、怒られたときの状況は忘れてしまうが、その時の感情は残るため」「気持ちよい事は表現するので感受性はある。残存機能を維持するためには刺激が必要」「デイサービスで好みを尋ねると答えが返ってくることもありコミュニケーションできる。興味ある事はデイサービス等を選ぶ時の基準となるためアセスメントしてみる」「生活の質を判断するにはこれまでの生活歴や趣味や家族歴などの情報が必要」であった。いっぽう、「思わない」の判断根拠は、「認知が低下して自分がわからない人なので感受性のアセスメントはできない」「介護が不十分であることから感受性を見る段階ではない。生活が落ち着いた時期でよい」「生活歴が不明なため判断しかねた」であった。

「視覚」についてアセスメントの必要性を参加者に尋ねたところ、全参加者が必要であるとの回答であった。

(2) ニーズ項目の検討 (表3)

事例のニーズであると「思う」回答が50%未満であったニーズ項目についての検討内容は表3のようであった。

<考察>

1. アセスメントの視点とニーズ項目の実用性

(1) 感受性と生活満足度

「アセスメントの視点」は広く見渡して情報収集する段階であり、認知症高齢者の日常生活上の問題、認知症の症状および並存している健康障害、介護環境などの問題のみでなく、利用者が問題と対峙していくための長所や強さを探る段階でもある。ケアマネジャーが認知症高齢者の生活における主体性をもてるように支援するには、利用者の現状を維持改善する強さをもアセスメントし、ニーズを判断する視点が求められる。モデルケースのアセスメントで、アセスメントの視点28項目のうちの25項についてほとんどのケアマネジャーが必要と判断した。

しかし、感受性と生活満足度の視点では見解が別れた。感受性とは自然や美を楽しむ創造的・芸術的表現

をするための感性であり生活満足度は健康や生活全般を含めての満足感である。アセスメントの必要がない考え方には「認知低下で自分がわからない人」であるためにアセスメントできないという全面否定と、介護の不十分さを補うのが優先であり「現状は感受性をみる段階ではない。生活が落ち着いた時期でよい」の部分否定があった。部分否定は時期をみて実施する運用と解釈できる。アセスメントはできないとの見解については認知症高齢者が不利益を被るおそれがあり、ケアマネジメント方法を再考する必要がある。

認知症高齢者のアセスメント DQOL の開発過程でインタビュー調査の対象となった95名の認知症高齢者は調査可能か否かのスクリーニングを受けた者であるが、感受性および生活満足度を含めた96の質問に対して回答していた。95名の認知レベルはThe Mini-Mental State Examination (MMSE)の得点が13点—19点の中等度認知症の者が50名と残りは軽度認知症の者であり、中等度認知症であってもアセスメントが可能である⁽¹⁰⁾と報告されていた。重度認知症であってもPam Dawsonら⁽¹⁵⁾は音楽に対する反応を観察することなどによりアセスメントできると述べている。したがって、重度認知症のケースにおいても感受性のアセスメントの手段はあると考える。

しかし、本モデルケースの認知レベルが重度であることで実際在宅におけるケアマネジメントのアセスメントはケアマネジャーには無理と判断した可能性もある。Moxleyはアセスメントにおけるケアマネジャーは「必ずしも診断者である必要はなく・・・ニーズを基礎とする幅広いアセスメントに関わる⁽¹⁶⁾」と述べている。ケアマネジャーにとって、重度認知症高齢者の感受性や生活満足度の主観をアセスメントするのが困難の場合は、残存機能について医療・看護の専門職に相談する手段もある。どの職種背景のケアマネジャーも、認知症高齢に残された部分を見落とさないようにする配慮のあることが実用的なニーズ項目設定への課題であるとする。例えば専門職からの情報取得の手段など付帯事項をつけるなどの工夫もある。

感受性のニーズの「興味ある活動」においても優先順位について言及され、本調査が設定した期間の6ヶ月間のケアマネジメントにおいては「生活が落ち着いてからでよいと判断して優先度を下げた」あるいは「今

の家庭環境で誰がケアできるのか」「目も耳も悪いし、今の段階でマネジメントできる自信がない」との見解であった。生活歴が把握できる段階になれば「好きな音楽や運動が引き出せるかもしれない」との判断も出され、介護力が不足の重度認知症では、興味ある活動のニーズの優先順位は高くないが、ニーズとしては認識されていた。「マネジメントできる自信がない」のはニーズ自体を否定しているのではない。日常生活における残存機能維持領域の「自尊心を尊重し、残存する認知機能を刺激する」は90%以上がニーズと思うと判断していることから、「興味ある活動」支援の必要性は意識されていると考えられる。解決しやすいニーズを優先して、生活状況の改善の糸口をみつけていくケアマネジャーの判断が伺える。

(2) 栄養管理と食事

脱水予防は96%が必要なニーズと回答しているのに対し、栄養問題の家族への指導、楽しい食事、果物などの間食用意についてニーズと「思う」割合は32-36%で低かった。「思わない」理由として「必要とは思いが現状の家族では無理」「優先順位は低い」ので早急に介入するニーズではないとの見解であり基本的には必要であることが伺えた。「やや思う」立場の者も「生活が落ち着いた時に指導する」と述べていた。いっぽう、楽しい食事を積極的にニーズと考えるケアマネジャーは、「本人にとって楽しいのは食事だけ」なので「食事を通して楽しさを提供できる介入ができるのではないかと食事を通してQOLを配慮していた。認知症高齢者のADLと死亡との関連を調査した研究⁽¹⁷⁾では、食事障害を含むADLの障害が死亡と強い関連を示し、生命予後を悪くすると報告されている。ケアマネジャーは栄養バランスや楽しい食事などの意義を認識しているが、本事例の場合は優先順位が必ずしも高くなかった。しかし、「楽しく摂取できるような食事」は生命予後とQOLに影響することから、モデルケースのような状況にあっても、ケアマネジャーがそのニーズの重要性の認識を高める働きかけが必要と考える。

(3) 権利擁護、経済保障、車の運転など

財産管理などの権利擁護、経済保障、経済的困難、遺書・財産擁護・権利擁護法的手続きについての助言のニーズ項目はニーズであると「思う」割合が50%未満であったが、「思わない」の判断根拠は「まだ介入し

なくて良い」「経済的に支障ない」などであり、ケースの状況が変化すればニーズとして判断されると考えられた。

車の運転についてはニーズとして「思わない」が95.5%であり本ケースについては必要ないと判断されていた。しかし軽度の認知症者が公共交通の便の悪い地方で運転している場合も考えられるので他のケースのニーズ検討も必要である。

2. ニーズの優先度と今後の課題

アセスメントの視点とニーズを検討する過程で、ケアマネジャーはアセスメントを必要と認識していてもケア開始後6ヶ月に優先的にマネジメントする内容と長期的に時期をみながらケアを進めるニーズとを配慮して判断していることが明らかになった。例えば、本ケースのように重度認知症の対象者で家族介護に問題が多い場合、全ケアマネジャーが優先的にニーズと判断したのは「本人の心身状況と生活歴を評価した家庭環境」「介護者の痴呆症状への理解」「大声・攻撃的な行動、妄想、幻想、幻覚への対応」「尿失禁、便失禁、」「社会資源の利用」についてであった。また、認知症高齢者の感受性表現のアセスメント困難の判断もあり、ケアマネジメント枠組み開発にむけて、アセスメント過程における感受性のアセスメント方法配慮の必要性和ニーズの優先度の検討が課題として示唆された。

本研究ではアセスメントの視点およびニーズ項目についてのケアマネジャーの判断を基にアセスメント内容を検討した段階であり、その妥当性の検証には至っていない。また、アセスメントの視点で収集した情報からニーズが抽出される過程については、今後の研究で検証が必要である。今後は多種の実ケースのアセスメント過程を調査し、アセスメント内容の整理およびアセスメント時期による精選をしたうえでの妥当性の検証が必要と考える。

謝辞

本研究調査のために貴重な時間を割いて協力くださったケアマネジャーの方々に深く感謝いたします。

引用文献

- (1) 本間昭：2015 年の高齢者介護：総合リハ，32 (4)，pp.313-320，2004.
- (2) 細谷たき子，出口洋二，高山一夫，長谷川美香，大越扶貴：平成 16 年度福井県介護給付適正化調査研究事業報告書，p.61，2005.
- (3) 室伏君士：痴呆老人の理解とケア，金剛出版，p.32，1996.
- (4) 岡本祐三：高齢者介護の実践，高齢者医療と福祉，岩波書店，pp.98-136，1996.
- (5) 室伏君士：メンタルケアの実際原則，老年期痴呆診療マニュアル，日本医師会，pp.127-141，1995.
- (6) 藤本直規，名嘉山宏美，井上千恵，奥村典子，倉貫由美子：痴呆のケアマネジメントー介護者支援の視点も含めて，OT ジャーナル 34，pp.406-411，2000.
- (7) 白澤政和，橋本泰子，竹内孝仁監修：ケアマネジメント講座 1；ケアマネジメント概論，中央法規，pp.2-11，2000.
- (8) David P.Moxley 著，野中猛，加瀬裕子監訳：ケースマネジメント入門，中央法規，pp.4-13，1995.
- (9) 介護支援専門員実務研修テキスト作成委員会編集：介護支援専門員実務研修テキスト，（財）長寿社会開発センター，p.4，2003.
- (10) Meryl Brod, Anita L. Stewart, Laura Sands, & Pam Walton: Conceptualization and Measurement of Quality of Life in Dementia: The Dementia Quality of Life Instrument (DQoL) , The Gerontologist 39 (1) , pp.25-35, 1999.
- (11) Ann Walsh: Caring for the elderly client with Alzheimer's disease and related dementias, Home Care of the Elderly edited by Sheryl Zang, Judith A.Allender, Lippincott, Philadelphia, pp.463-482, 1999.
- (12) 日本訪問看護振興財団：日本版成人・高齢者用アセスメントとケアプラン記録用紙セット・手法，p.51，1999.
- (13) （財）長寿社会開発センター：介護支援専門員基本テキスト第 1 巻，2000.
- (14) （財）長寿社会開発センター：介護支援専門員基本テキスト第 2 巻，2000.
- (15) Pam Dawson, Donna L. Wells, Karen Kline, et al 著，山下美根子監訳：痴呆性高齢者の残存能力を高めるケア，pp.75-78，医学書院，2002.
- (16) David P.Moxley 著，野中猛，加瀬裕子監訳：ケースマネジメント入門，中央法規，p.55，1995.
- (17) 別所遊子：在宅痴呆症老人の 10 年間の生活状況と地域看護支援のあり方に関する研究，平成 13-14 年度科学研究助成金研究成果報告書，p.17，2003.